

Johan Eriksson

Uudet eurooppalaiset suositukset tyypin 2 diabeteksen hoitoon – mitä uutta?

Tyyppin 2 diabetes on paljon muutakin kuin verenglukoosiarvojen suurentuminen. Tautiin liittyy valitettavan usein liitännäissairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja sekä munuaishäiriöitä. Optimaalisella hyperglykemian hoidolla voidaan vaikuttaa sekä mikro- että makrovaskulaarisiin sairauksiin. Kokonaisvaltainen diabeteksen hoito kohdistuu hyperglykemian ohella myös verenpaineeseen, dyslipidemiaan ja lihavuuteen – unohtamatta elämänlaadun ja mielialan merkitystä. Näin voimme vaikuttaa taudin ennusteeseen, eikä tyypin 2 diabeteksen tarvitse lyhennää elinikää tai heikentää elämänlaatua (1,2).

Kaksi suurta diabetesyhdistystä, yhdysvaltalainen ADA ja eurooppalainen EASD julkaisivat uuden konsensusraportin tyypin 2 diabetesta sairastavien hyperglykemian hoidosta. Aiemmat raportit on julkaistu vuosina 2012 ja 2015, ja uusi raportti sisältää päivitettyä tutkimustietoa vuodesta 2014 eteenpäin (3).

Mitä uutta konsensusraportti tarjoaa? Viiden viime vuoden aikana on julkaistu runsaasti uutta tutkimustietoa hyperglykemian lääkehoidosta, joka elää uutta renessanssia. Raportissa muistutetaan, ettei tyypin 2 diabetesta sairastavan hyperglykemian hoito ole ainoastaan lääkehoitoa, ja raportti tuo selkeästi esille omahoidon ja elintapojen ohjauksen merkityksen. Jokaiselle diabetesta sairastavalle tulisi tarjota mahdollisuutta tehokkaaseen ohjaukseen. Parhaat tulokset saavutetaan riittävän pitkällä, yli kymmenen tunnin strukturoidulla ohjelmalla. Verkkopohjaiset ratkaisut eivät ole osoittautu-

neet tehokkaiksi, vaan yksilöllistä tai ryhmäohjausta suositellaan (3,4).

Konsensusraportissa tuodaan ansiokkaasti esille elintapojen ja omahoidon tärkeys ensisijaisena hoitomuotona unohtamatta sen merkitystä osana kokonaisuhoitoa diabeteslääkityksen rinnalla. Tyypin 2 diabetesta sairastava ei tarvitse rutiinimaista verenglukoosipitoisuuden omaseurantaa, mikäli käytössä ei ole hypoglykemialle altistavia lääkkeitä. Toki motivaation

kannalta omaseuranta voi olla mielekästä elintapamuutosten yhteydessä.

Säännöllinen seuranta terveydenhuollon ammattilaisen luona on erittäin tärkeää, kun tavoitteena on hyvä hoitotasa-

paino. Yhteisten hoitotavoitteiden asettaminen potilaan kanssa kuuluu nykyaikaiseen diabeteksen hoitoon, sillä potilas vastaa pääasiassa itse omasta hoidostaan. Hyperglykemian hoidon intensiivisyys tulee aina ratkaista yksilöllisesti huomioiden potilaan kokonaistilanne mukaan lukien voimavarat, hypoglykemiaherkkyys, diabeteksen ja muiden sairauksien kesto sekä elinajan odote. Diabetes on heterogeeninen sairaus, joten mustavalkoisia ohjeita ruokavaliosta ja elintavoista ei voida antaa. Hoitovaihtoehtoja tulisi miettiä yksilöllisesti potilaan kanssa niin elintapojen kuin lääkityksenkin osalta.

Diabeteksen hyperglykemian hoito on mullistunut tämän vuosituhannen aikana, koska lääkevalikoima on lisääntynyt ilahduttavasti. Samanaikaisesti suurista seurantatutkimuksista on saatu tietoa monen diabeteslääkkeen hyödyistä niin sydän- ja verisuonitautien kuin munuaissairauksienkin ennusteen kannalta (5–10).

Hyvien hoitotulosten saavuttamiseen potilaiden kanssa on erinomaiset mahdollisuudet

Metformiini on tuoreessa konsensusraportissakin säilyttänyt asemansa ensisijaisena lääkkeenä. Jos tehostetulla elintapa- ja metformiinihoidolla ei saavuteta tavoiteltuja glukosiarvoja, suosittaa raportti uutta näkökulmaa lääkehoidon valintaan: kartoitetaan, onko potilaalla valtimotauteja, sydämen vajaatoimintaa tai kroonista munuaissairautta. Jatkohoito tulee suunnitella tämän perusteella.

Tyyppin 2 diabetesta sairastavalle, jolla on todettu jokin valtimotauti, tulisi määrätä metformiinin jälkeen selektiivinen natriumin- ja glukosinkuljettajaproteiini 2:n (SGLT2) estäjä tai glukagoninkaltaisen peptidin 1 (GLP-1) analogi, sillä näillä on osoitettu olevan kardiovaskulaarisia hyötyjä. Sydämen vajaatoimintaa sairastavalle suositellaan metformiinin jälkeen SGLT2:n estäjää, ja jos se ei sovi, GLP-1-analogia. Munuaisten vajaatoimintaa sairastaville suositellaan SGLT2:n estäjää, kunhan munuaisten toiminta otetaan huomioon. Myös GLP-1-analogi on varteenotettava vaihtoehto. Konsensusraportin mukaan tyyppin 2 diabeteksen hoidossa tulisi käyttää pistoslääkkeenä ensisijaisesti GLP-1-analogia. Suomessa markkinoilla olevista SGLT2:n estäjistä paras tutkimusnäyttö on empagliflotsiinista. GLP-1-analogeista vahvin tutkimusnäyttö on puolestaan liraglutidista ja semaglutidista.

Jos potilaalla ei ole todettu sydän- ja verisuonitautia tai munuaissairautta ja on tarve pitää

hypoglykemiariski vähäisenä, ovat SGLT2:n estäjä tai GLP-1-analogi metformiinin jälkeen edelleen hyviä valintoja. Yhtä hyviä ovat kuitenkin myös dipeptidyylipeptidaasi 4:n (DPP-4) estäjät ja ”glitatonit” eli insuliiniherkisteet. Ylipainon kanssa kamppaileville diabeetikoille GLP-1-analogi tai SGLT2:n estäjä on useimmiten hyvä valinta. Taloudellisten seikkojen ollessa merkittävässä asemassa sulfonyyliureoiden tai glitatsonien käyttöä tulisi harkita.

Miten näihin suosituksiin tulisi suhtautua? Moni vastaanotolla käyvä potilas ei pääsisi mukaan tyyppin 2 diabetesta koskeviin lääketutkimuksiin poissulkukriteerien vuoksi. On arvioitu, että lääketutkimuksissa mukana olevat potilaat edustavat ainoastaan pientä murtoosaa diabetesta sairastavasta väestöstä. Onneksi monet suuret rekisteripohjaiset tutkimukset, joihin on otettu mukaan laajemmin diabetes- ta sairastavia, tukevat satunnaistetuista tutkimuksista saatuja tuloksia (11,12). Eväät hyvien hoitotuloksien saavuttamiseen yhteistyössä potilaiden kanssa ovat nykyisin erinomaiset. Lisäksi potilaiden ennustetta ja elämänlaatuakin voidaan parantaa. ■



JOHAN ERIKSSON, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Gæde P, Oellgaard J, Carstensen B, ym. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetologia* 2016;59:2298–307.
- von Bonsdorff MB, von Bonsdorff ME, Haanpää M, ym. Work-loss years among people diagnosed with diabetes: a reappraisal from a life course perspective. *Acta Diabetol* 2018;55:485–91.
- Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, ym. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2018;61:2461–98.
- Pillay J, Armstrong MJ, Butalia S, ym. Behavioral programs for type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015; 163:848–60.
- Zinman B, Wanner C, Lachin JM, ym. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373:2117–28.
- Marso SP, Bain SC, Consoli A, ym. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016;375:1834–44.
- Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, ym. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016;375:311–22.
- Mann JFE, Ørsted DD, Brown-Frandsen K, ym. Liraglutide and renal outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377:839–48.
- Wanner C, Inzucchi SE, Lachin JM, ym. Canagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016;375:323–34.
- Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, ym. Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017;377:644–57.
- Persson F, Nyström T, Jørgensen ME, ym. Dapagliflozin is associated with lower risk of cardiovascular events and all-cause mortality in people with type 2 diabetes (CVD-REAL Nordic) when compared with dipeptidyl peptidase-4 inhibitor therapy: a multinational observational analysis. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:344–51.
- Birkeland KI, Jørgensen ME, Carstensen B, ym. Cardiovascular mortality and morbidity in patients with type 2 diabetes following initiation of sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors versus other glucose-lowering drugs (CVD-REAL Nordic): a multinational observational analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:709–17.